

障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

届出者 住所

氏名

障害者との続柄

下記のとおり障害者手帳を返還します。

記

障害者手帳の番号				障害等級				級	
受診者の氏名				生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	
返 還 の 理 由	1	千葉県に住所がなくなった。							
	2	治ゆ・軽快した。							
	3	死亡した。							
	4	指定医の診察の結果、その者が政令で定める精神障害の状態でない判断され県知事から返還を命じられた。							
	5	その他(理由)							

市町村受理印

--